NOTICE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

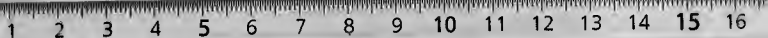
DU

Dr LÉON LABBÉ

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LARIBOISIÈRE,
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE ET ANCIEN SECRÉTAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, ETC.



PARIS
IMPRIMERIE ÉMILE MARTINET
HOTEL MIGNON, RUE MIGNON, 2
1878





CONCOURS, ETC., ETC.

1853-1854. Interne des hôpitaux de Caen.

1853. Lauréat de l'école de Caen. — Premier prix.

1855. Externe des hôpitaux de Paris. — Nommé le quatrième de la promotion.

1857. Interne des hôpitaux de Paris. — Nommé le troisième de la promotion.

1857. Lauréat des hôpitaux de Paris.

1858. Membre de la Société anatomique.

1860. Aide d'anatomie à la Faculté de médecine.

1861. Docteur en médecine.

1862. Prosecteur à la Faculté de médecine.

1863. Agrégé à la Faculté de médecine.

1864. Chirurgien des hôpitaux.

1865. Membre de la Société de chirurgie.

1868. Secrétaire de la Société de chirurgie.

ENSEIGNEMENT

Cours d'anatomie à l'École pratique (hivers 1862, 1863, 1864).

Chargé *officiellement* d'un cours de *médecine opératoire* fait à l'École pratique pendant l'été de 1861. A l'occasion de ce cours, dans lequel M. Labbé « avait obtenu un succès marqué » (arrêté du ministre, 19 juin 1861), il lui fut alloué par Son Excellence, sur le rapport du doyen de la Faculté de médecine, une indemnité extraordinaire.

Cours de pathologie externe, professé à l'École pratique pendant l'hiver de 1863.

Leçons de *clinique chirurgicale*, faites à l'hôpital Saint-Antoine, en 1869 et 1870.

Pendant les vacances de 1868, 1869, 1871, remplaçant M. le professeur Richet dans son service chirurgical de la Clinique, j'ai pendant tout ce temps, fait avec succès des leçons de clinique chirurgicale. Celles qui ont été professées en 1871 ont été publiées en un volume (*Leçons de Clinique chirurgicale*, 1 volume in-8°) dont il sera fait mention plus loin.

Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Lariboisière (1878).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. *Quelques réflexions au sujet du traitement des fistules génito-urinaires chez la femme.*

(Thèse inaugurale, 1861, in-4 de 52 pages)

2. *De la coxalgie*, in-8 de 140 pages (1863).

Dans ce travail, composé à l'occasion du concours pour l'agrégation en chirurgie, l'état de la science, à cette époque, a été exposé d'une façon très-complète. Deux passages de cette thèse méritent une mention spéciale : 1° celui relatif à la *déviation du bassin et aux attitudes du membre*. (De la page 49 à la page 60.) 2° Le chapitre relatif au *traitement*.

3. *Leçons sur les hernies abdominales, professées à la Faculté de médecine* par le professeur Gosselin, *recueillies, rédigées et publiées* par le docteur Léon Labbé, in-8 de 476 pages (1865).

M. Léon Labbé n'a entrepris cette publication qu'après avoir suivi, pendant plusieurs années, l'enseignement fait à la Faculté et à l'hôpital par M. le professeur Gosselin. Aussi, ainsi que le reconnaît M. Gosselin dans la préface de cet ouvrage, ne s'est-il pas borné à reproduire les leçons faites dans l'amphithéâtre de la Faculté. Aux développements pathologiques plus particulièrement donnés dans l'amphithéâtre, il a joint les détails thérapeutiques ou opératoires plus longuement exposés à l'hôpital. Ayant observé une partie des faits sur lesquels repose le travail de M. Gosselin, il a pu reproduire, en s'appuyant sur une conviction personnelle, les idées professées par son maître.

4. *Rapports sur les progrès de la chirurgie en France.*
Grand in-8° de 768 pages. 1867.

(En collaboration avec le docteur Félix Guyon)

Avec la collaboration de M. le docteur Félix Guyon, j'ai publié en 1867 un ouvrage intitulé : *Rapports sur les progrès de la chirurgie en France.*

Nous avons cru devoir remonter aux premières années de ce siècle, afin de donner une idée plus complète des changements accomplis dans la théorie et la pratique sous l'influence du mouvement scientifique moderne.

Dans cet ouvrage ont été exposés avec soin tous les progrès accomplis par la chirurgie de notre pays pendant la période contemporaine.

Nous avons pris pour point de départ de notre travail l'ouvrage classique de l'illustre Boyer, cette œuvre importante qui forme le lien naturel entre le temps de l'Académie de chirurgie et celui de Desault et l'époque présente.

Dans un premier chapitre, nous avons cherché à montrer sous quelles influences s'est développé le mouvement scientifique chirurgical de notre époque, et quelles sont les tendances actuelles de ce mouvement et de l'enseignement chirurgical en France.

Le reste de l'ouvrage a été divisé en quatre chapitres :

Progrès accomplis dans l'étude de la pathologie chirurgicale.

Progrès accomplis dans l'application des méthodes d'exploration.

Progrès accomplis en médecine opératoire.

Progrès accomplis dans le traitement des blessés et des opérés.

Nous avons compris toute l'importance qu'il y avait, dans un ouvrage de cette nature, à rendre à chacun la plus stricte justice, et nous nous sommes tout particulièrement attachés à cette partie de notre tâche.

5. *Traité des tumeurs bénignes du sein.*

(Un volume in-8, 600 pages, avec 2 planches en couleur et 32 figures dans le texte. 1876)

Élève de Velpeau, j'ai, au début de mes études, eu l'occasion d'observer un grand nombre de tumeurs du sein, et dès 1860 j'ai conçu l'idée de cet ouvrage. Pendant de longues années j'ai réuni des matériaux sur ce point de chirurgie. En 1871, je me suis associé un de mes élèves, histologiste des plus compétents, le docteur Coyne, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, et, de 1871 à 1876, nous avons recueilli un grand nombre de faits dont l'examen clinique et anatomo-pathologique a été fait avec une unité complète de direction.

C'est à l'aide d'observations nouvelles et, pour une très-grande partie, personnelles que notre livre a été composé.

Nous avons adopté le nom de *tumeurs bénignes*, sans y attacher une importance particulière. Dans le langage scientifique, il faut des termes de convention, sur lesquels tout le monde puisse s'entendre, après explication.

Lorsqu'on est dans l'impossibilité d'employer une dénomination irréprochable, il est préférable de choisir une expression vague, qui n'entraîne à sa suite aucune conséquence doctrinale.

Le nom d'*adénome*, qui était le dernier terme scientifique adopté, avait l'inconvénient de supposer comme absolument démontrée la nature intime des tumeurs dont nous nous occupons et de réduire à l'unité des choses en réalité multiples; c'est pour cette raison que nous ne l'avons pas admis. Celui d'*adénoïde*, créé par Velpeau, serait à la rigueur plus acceptable, à cause même de son défaut de précision. C'est ainsi que Billroth, auquel le sujet qui nous occupe est redevable de progrès très-importants, après avoir décrit la plupart des formes diverses et multiples que nous admettons nous-même, a consenti, au point de vue clinique, à les réunir sous le nom de tumeurs adénoïdes.

Il est aujourd'hui absolument certain que si les diverses variétés de

néoplasmes que nous désignons sous le nom de *tumeurs bénignes du sein* offrent *plusieurs caractères communs* qui permettent de les réunir dans un même cadre, elles présentent cependant des *différences assez tranchées* pour qu'on puisse déjà leur assigner une existence indépendante.

Les efforts les plus grands devaient être tentés pour séparer dans nos descriptions ce que la nature elle-même sépare. Dans le courant de notre travail, nous avons été constamment guidés par cette préoccupation. Nous espérons avoir pu, à ce sujet, apporter un certain nombre de documents nouveaux et mettre en lumière quelques-uns des éléments qui permettent, au point de vue clinique, de différencier plusieurs des variétés de tumeurs bénignes.

Voici du reste, sous forme de conclusions, le résumé de cet ouvrage :

1° Il existe dans le sein un groupe de tumeurs que l'on peut désigner sous le nom de *tumeurs bénignes*. Le caractère de *bénignité* qu'elles offrent, toutes, à divers degrés, est dû à ce fait anatomique spécial, qu'elles sont *nettement limitées par une capsule fibreuse qui les isole du reste de la glande et des tissus ambiants*.

2° Toutes ces tumeurs *tirent leur origine de l'élément glandulaire* (tissu péri-acineux ou revêtement épithélial). Elles se présentent sous quatre formes anatomiques principales. Trois de ces formes dépendent du *tissu conjonctif* (*fibrome, sarcome, myxome*). Une seule a son point de départ dans le *revêtement épithélial*; c'est *l'épithélioma intra-canaliculaire*.

3° Toutes ces tumeurs sont *bénignes, si on les compare au cancer;* mais leur degré de bénignité varie dans certaines conditions données. Celles qui dépendent du *tissu conjonctif* sont bénignes dans le sens absolu du mot. Elles ne récidivent, dans l'immense majorité des cas, que par suite d'une operation incomplète. Celles qui ont pris naissance aux dépens de l'*élément épithélial, restent bénignes tant qu'elles n'ont pas*, pour ainsi dire, usé leur capsule d'enveloppe.

4° Un grand nombre des symptômes propres à ces tumeurs sont *communs à leurs diverses variétés*. Cependant, dès à présent, il est possible d'*assigner à chacune d'elles quelques caractères symptomatiques*

pouvant permettre de les différencier cliniquement. Bien que les résultats obtenus à ce point de vue soient encore peu nombreux, on peut entrevoir le moment où il sera possible de les compléter.

5° L'anatomie pathologique des tumeurs bénignes du sein démontre que presque toujours l'*énucléation* simple de la tumeur constitue une *opération incomplète*. Les *lésions*, parvenues à leur summum de développement dans la tumeur elle-même, sont déjà en voie d'évolution dans le tissu glandulaire voisin. Aussi, pour pratiquer une *opération complète*, il faut nécessairement dépasser les limites de la tumeur et pratiquer l'*amputation partielle*.

6° Cette règle, que l'on peut adopter lorsqu'il s'agit des tumeurs très-limitées (*fibromes*), ne peut plus être considérée comme suffisante, lorsque la tumeur est très-volumineuse et à développement rapide (*sarcome*, *myxome*) ; dans ce cas, il faut pratiquer l'*amputation totale du sein*.

6. *Leçons de clinique chirurgicale*, par le docteur Léon Labbé *recueillies, rédigées et publiées* par le docteur Emmanuel Bourdon.

(Un volume in-8, 742 pages, avec une planche. 1876.)

Ces leçons ont été faites à l'hôpital des Cliniques, alors que je remplaçais M. le professeur Richet, qui avait bien voulu me confier son service pendant les vacances de 1868, 1869, 1870, 1871. Elles sont la reproduction des leçons faites en 1871. Les principaux sujets traités dans ces leçons sont les suivants :

L'uréthrotomie externe ; l'uréthrotomie interne ; les hémorrhoïdes ; le diagnostic des tumeurs des bourses ; les fistules vésico-vaginales ; certaines parties de l'histoire des pieds bots. Je signale particulièrement les chapitres relatifs aux *kystes de l'ovaire*, dans lesquels la question du diagnostic de ces tumeurs a été étudiée avec de grands détails, etc., etc.

7. *Mémoire sur l'extraction d'un corps étranger de l'estomac, et sur la création d'un nouveau procédé de gastrotomie.*

(*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1876)

Je reproduis ici textuellement l'article du *Précis d'opérations de chirurgie* de M. J. Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce (Paris, J. Baillière, 1877), page 579.

GASTROTOMIE POUR LES CORPS ÉTRANGERS DE L'ESTOMAC.

« **Procédé de Labbé.** — L'estomac n'est accessible au chirur-
» gien que par sa face antérieure, dans un espace triangulaire à base
» inférieure, dont les côtés sont formés, d'une part, par le lobe gauche
» du foie, et, d'autre part, par le rebord des fausses côtes gauches,
» et dont la base correspond à la grande courbure de l'estomac. Ce
» qu'il importe de déterminer rigoureusement, ce n'est pas jusqu'où
» peut descendre la grande courbure de l'estomac, qui forme la base du
» triangle, mais bien jusqu'où elle peut remonter, car, si l'on fait son
» incision trop bas, on s'expose à tomber sur le colon transverse.

» Sur le cadavre, jamais la grande courbure de l'estomac ne remonte
» au delà d'une ligne transversale passant par la base des cartilages de la
» neuvième côte de chaque côté ; à plus forte raison sur le vivant, où l'ex-
» piration est moins forte. Pour le reconnaître : le cartilage est situé immé-
» diatement au-dessus de la première dépression que l'on rencontre, en
» suivant de bas en haut, avec le doigt, le rebord des fausses côtes.
» Nouveau repère : cette dépression est limitée inférieurement par le
» cartilage très-mobile de la dixième côte. Celui-ci, réuni au précédent
» par un ligament de 6 à 7 millimètres de hauteur, joue à frottement,
» et l'on peut assez facilement déterminer sous le doigt la production d'un
» bruit tout spécial.

» **Opération.** — 1° Faire à 1 centimètre en dedans des fausses
» côtes gauches, et parallèlement à ces dernières, une incision de 4 centi-

» mètres dont l'extrémité inférieure doit tomber sur une ligne transver-
» sale passant par le cartilage des deux neuvièmes côtes. Si l'incision ne
» dépasse pas 4 centimètres, on n'intéresse pas les fibres du grand droit
» de l'abdomen. Inciser couche par couche jusqu'au péritoine pariétal.
» En opérant ainsi, on arrive sur la face antérieure de l'estomac, à l'u-
» nion de ses portions cardiaque et pylorique.

» 2° Saisir avec une pince à griffes la paroi antérieure de l'estomac,
» en attirer une partie au dehors, et la maintenir sur les lèvres de la
» paroi abdominale en traversant ce pli par une anse de fil.

» 3° Adossement des séreuses par des points de suture, sur tout le
» pourtour de la plaie.

» 4° Ouverture de l'estomac. Recherche et extraction du corps
» étranger. »

En terminant mon mémoire, je disais que probablement on pourrait utiliser avec avantage ce procédé, pour établir une *bouche stomacale* et renouveler dans de meilleures conditions les importantes tentatives qui avaient été faites dans cette voie.

Peu de temps après, M. le professeur Verneuil venait réaliser cet espoir. Sur un malade de son service atteint de rétrécissement infranchissable de l'œsophage, M. Verneuil voulut bien mettre en usage ce procédé, et il obtint le magnifique succès de *gastro-stomie* dont l'histoire si remarquable a été communiquée à l'Académie.

Quelques jours après, M. Lannelongue, chirurgien distingué de Bordeaux, obtenait également un succès; mais le malade, atteint de cancer de l'œsophage, était bientôt emporté par les progrès de cette affection.

A l'étranger, plusieurs *gastro-stomies* ont été pratiquées en suivant rigoureusement les mêmes indications, notamment par Schœnborn (*Archiv. f. Kisnische Chirurgie Von Langenbeck*, vol. XXII, fas. 1, p. 227, et fas. 2, p. 500, 1878). L'opéré était un enfant de sept ans, qui a guéri. — Courvoisier (*Corresponding*.) Il s'agissait d'un cancer de l'œsophage; le malade avait soixante ans : il mourut au bout de deux jours.

8. *Recherches expérimentales sur les lésions de l'intestin à la suite de l'étranglement intestinal.*

(Dans la thèse de M. Nicaise, 30 juin 1866, n° 149.)

J'ai entrepris une série d'expériences propres à éclairer l'histoire des lésions qui succèdent aux étranglements intestinaux. Ces expériences, qui sont continuées actuellement, ont déjà été utilisées par M. le docteur Nicaise, chirurgien des hôpitaux et agrégé de la Faculté de médecine, dans sa thèse inaugurale, sur les *lésions de l'intestin dans les hernies*.

Dans la préface de sa thèse, M. Nicaise s'exprime ainsi : «Nous devons » tous nos remercîments à M. Labbé pour la bienveillance avec laquelle » il a mis à notre disposition les résultats d'expériences nombreuses, » inédites. Dans ces expériences, M. Labbé avait pour but de rechercher » quelles sont les lésions de l'intestin dans les hernies ; elles ont été faites » avec le plus grand soin sur des animaux acclimatés et soignés aprés » l'opération. On comprend toute l'importance que doit avoir le rappro- » chement des lésions que nous avons observées sur l'homme avec celles » observées par M. Labbé sur les animaux. »

A la page 88 de sa thèse, M. le docteur Nicaise s'exprime ainsi : « Le » nombre des expériences de M. Labbé m'empêche de les reproduire » toutes, mais leur importance et le soin avec lequel elles ont été faites » m'engagent à donner tous les résultats obtenus. » Suit un résumé très-complet des résultats de ces expériences.

9. *Hernie obturatrice étranglée.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1868, p. 436.)

Dans cette observation, intéressante surtout à cause de la très-grande rareté des lésions de cette nature, j'ai fait voir toute l'importance que l'on doit apporter à l'existence de la *douleur sur le trajet du nerf obturateur*, dans le cas de hernie obturatrice étranglée.

10. *Cas de hernie crurale étranglée chez une femme de cent quatre ans ; opération ; guérison.*

(Observation communiquée à la *Société médicale du IX[e] arrondissement*, 1868.)

Le fait de l'innocuité relative de l'opération de la hernie étranglée chez les vieillards est connu depuis longtemps ; ce cas en est une éclatante confirmation.

11. *Mémoire sur la propagation de l'inflammation au péritoine, à la suite des adénites inguinales.*

(*Mémoires de la Société de chirurgie*, t. VI, p. 406.)

Dans ce mémoire, appuyé principalement sur des observations qui lui sont personnelles, M. Labbé démontre surabondamment la possibilité de la propagation de l'inflammation née dans les ganglions inguinaux, au péritoine.

C'est principalement au niveau du septum crural, par l'intermédiaire du ganglion de Cloquet, que l'inflammation passe du membre inférieur dans la fosse iliaque.

La connaissance des faits exposés dans ce travail doit faire modifier, dans une certaine mesure, le pronostic généralement peu grave des inflammations qui ont pour siége les ganglions inguinaux.

12. *De l'importance du pansement ouaté dans les cas de grands traumatismes.*

(In *diverses publications*.)

Peu de temps après que M. Alphonse Guérin eût fait connaître ses travaux sur le pansement ouaté, j'ai mis très-largement en pratique la méthode du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Parmi un très-grand nombre d'observations, j'ai fait publier les *quatre faits suivants*, qui offrent un intérêt tout particulier et plaident en faveur de l'importance de la méthode.

A. Deux observations d'*amputation sus-malléolaire*, pratiquées l'une à la Pitié, l'autre dans une maison de santé, à Neuilly; dans lesquelles le pansement ouaté n'a été enlevé qu'au bout de la *sixième semaine*, alors qu'il ne restait plus qu'une plaie insignifiante. Ces observations ont été publiées dans une revue chirurgicale du *Bristish medical Association*.

B. Une observation d'amputation de la cuisse pratiquée à l'hôpital de la Pitié, le 8 mars 1873, sur une femme âgée de vingt-six ans, enceinte de trois mois. La marche de la grossesse n'a pas été troublée par l'opération. Le pansement ouaté, appliqué immédiatement après l'opération, a été enlevé pour la première fois le *trente-cinquième jours*. A ce moment, la plaie était très-petite, et la cicatrisation fut complète à la fin d'avril (*in* thèse de Joseph Massot, *De l'influence du traumatisme sur la grossesse*, Paris, 1873).

C. Enfin, dans le *Progrès médical* (1875), un de mes anciens internes, M. Cartaz, a publié l'histoire, très-intéressante à divers points de vue, d'un malade qui, entré dans mon service pour une *large plaie contuse de l'articulation tibio-tarsienne, avec issue de l'extrémité inférieure du tibia, qui dut être réséqué*, fut pris, au dix-neuvième jour, de tétanos. Les injections combinées de chlorhydrate de morphine et de chloral à hautes doses amenèrent la guérison. Le pansement ouaté, appliqué le 5 juillet, fut enlevé pour la première fois le 4 août. J'ai cru, ainsi que toutes les personnes qui ont suivi ce cas intéressant, que le repos complet dans lequel le membre mutilé avait pu être laissé, grâce au mode de pansement, avait joué un rôle important dans la terminaison favorable de la maladie.

13. *Observations et réflexions pour servir à l'histoire de l'ovariotomie.*

A. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; une ponction; ovariotomie pratiquée à Paris. Guérison.

(*Gazette hebdomadaire*, 1865, n° 43.)

B. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche; adhérences avec la paroi

abdominale, l'intestin, l'épiploon et toute la surface interne du petit bassin; ovariotomie. Mort.

(*Gazette hebdomadaire*, 1867, n° 28.)

C. M. Labbé a entrepris et exécuté avec M. Gosselin des expériences sur les animaux, dans le but de déterminer quel est le meilleur mode de suture de la paroi abdominale, après l'opération de l'ovariotomie, et quel rôle l'épiploon peut jouer dans la production des adhérences qui facilitent la réunion de cette paroi.

J'ai mis à profit le résultat de ces expériences dans les leçons que j'ai publiées sur les kystes de l'ovaire.

Le très-grand nombre d'opérations d'ovariotomie que j'ai pratiquées depuis cette époque m'a conduit à étudier très-complétement cette question, dans un travail qui est en voie de préparation.

D. En 1869, j'ai fait faire par un de mes élèves, M. Nardou-Durosier, une thèse *sur la péritonite après l'ovariotomie*, dont les principales conclusions sont les suivantes :

1° La péritonite se développant après l'ovariotomie a une forme toute particulière. Nous l'appellerons *péritonite à forme latente*.

2° Plusieurs des symptômes de la péritonite aiguë manquent au début, et surtout la *douleur*, du moins le plus ordinairement.

3° La *tympanite* est un des premiers symptômes.

4° La marche est rapide et l'affection est des plus graves.

14. *Observations pour servir à l'histoire des embolies.*

A. Fracture simple de la jambe droite à sa partie moyenne; épanchement énorme de sang, s'étendant depuis la racine des orteils jusqu'à la hauteur de la fracture. Mort subite au quarante-septième jour. Caillots dans la veine crurale. Embolie de l'artère pulmonaire.

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1864, p. 502.)

Cette observation très-complète a été reproduite dans le mémoire de M. le docteur Azam, de Bordeaux : *Sur la mort subite par embolie de l'artère pulmonaire, à la suite du traumatisme des membres.*

B. Gangrène sénile par oblitérations artérielles. Autopsie. *Caillot fibrineux ramolli* siégeant au niveau de la crosse de l'aorte et ayant été le point de départ d'embolies artérielles multiples.

Ce cas de gangrène chronique sèche est un spécimen, pour ainsi dire complet, des différentes lésions que peut entraîner l'oblitération des artères.

La marche des manifestations, l'ordre dans lequel elles se sont produites, leur multiplicité, ont pu être étudiés et surtout rapportés à une cause incontestable, l'existence d'un *caillot fibrineux ramolli* dont le siége et la nature ont été rarement aussi faciles à déterminer.

15. *Publication du tome IX[e] de la 2[e] série du Bulletin de la Société de chirurgie* (année 1868).

Je mentionnerai le tome IX de la 2[e] série du *Bulletin de la Société de chirurgie*, publié en son entier par mes soins, pendant que j'avais l'honneur d'être secrétaire de la Société.

16 *De la ponction de la vessie à l'aide du trocart capillaire et de l'aspirateur.*

J'ai le premier, en 1870, pratiqué la ponction de la vessie en utilisant les appareils aspirateurs (*Gazette des Hôpitaux*, 1871); ainsi que l'ont constaté Dieulafoy, *Traité de l'aspiration*, et Rochard, *Histoire des progrès de la chirurgie*. Ma première observation fut recueillie en 1870, et la seconde en 1871. Dans ce second cas, je démontrai l'innocuité de la multiplicité des ponctions pratiquées dans un même jour. Un malade, dont l'urèthre avait été rompu par suite d'une chute sur

le périnée, put être ponctionné trois fois en vingt-quatre heures, et cela pendant plusieurs jours, après quoi il fut possible de pénétrer dans la vessie.

En 1872, au Congrès médical de Birmingham, j'ai lu sur ce sujet un mémoire qui a été reproduit en entier dans le *Praticioner medical*, publié par le docteur Anstee (Londres, 1872).

17. *Observation d'enchondrome du fémur.*

(In *Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 1872.)

En 1872, à l'hôpital de la Pitié, j'ai eu l'occasion d'observer un énorme enchondrome du fémur, qui occupait les deux tiers inférieurs de cet os.

En dehors de la rareté de la tumeur dans cette région et du volume exceptionnel qu'elle présentait, le fait que je mentionne en ce moment a une importance réelle, par suite de la nécessité dans laquelle je me trouvai, pour mener à bien l'amputation de la cuisse, que je devais pratiquer, de faire la *ligature préalable* de l'artère fémorale à sa partie supérieure. Cette sage pratique, recommandée dans des cas exceptionnels par un certain nombre de chirurgiens, a, dans ce fait particulier, sauvé la vie au malade.

18. *Étranglement interne produit par un diverticulum de l'intestin grêle en tourant le côlon et l'intestin grêle.*

(In *Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 1871, avec deux planches sur bois.)

Les dispositions anatomiques et anatomo-pathologiques qui donnent naissance à l'étranglement interne varient à l'infini. Dans le cas que j'ai fait connaître, l'*étranglement interne* était produit par un *diverticulum de l'intestin grêle*, entourant l'*origine du côlon et de l'intestin grêle*, passant ensuite par-dessous quelques anses intestinales, et dont l'extrémité,

en cul-de-sac, adhérait intimement à la paroi abdomidale, à droite de l'ombilic.

19. *Anévrysme cirsoïde de l'oreille gauche : injections de perchlorure de fer, modification de la tumeur, infection purulente. Mort.*

(In *Revue de photographie*, 1872, avec planche.)

Cette très-importante observation a été publiée dans la *Revue de photographie* (1872), puis reproduite et discutée dans la thèse d'agrégation de M. F. Terrier (*Des anévrysmes cirsoïdes*, 1872) et dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, par M. Léon Lefort.

Parmi les accidents qui peuvent suivre l'injection de perchlorure de fer dans les anévrysmes cirsoïdes, il en est un qui n'est pas très-rare, l'inflammation et le développement d'abcès ordinairement circonscrits. L'issue du pus à l'extérieur peut faciliter l'apparition d'une hémorrhagie des plus graves.

« Mais il est un autre accident plus redoutable encore ; je veux » parler de l'infection purulente. Cette terrible complication a été » observée récemment par L. Labbé. La malade en était à sa onzième » injection (de perchlorure de fer), et les choses allaient très-bien, en » ce sens que la tumeur vasculaire de l'oreille était presque tout à fait » guérie. Toutefois les hémorrhagies persistantes, pénibles à arrêter, » l'avaient certainement affaiblie ; aussi ne faut-il pas trop s'étonner » de son intoxication facile dans un milieu hospitalier. C'est dire que » nous n'attribuons nullement l'issue fatale de cette observation à l'in» tervention chirurgicale elle-même. » F. Terrier (thèse d'agrégation : *Des anévrysmes cirsoïdes*, 1872.)

20. *Tumeur cirsoïde du cuir chevelu, traitée par la ligature des branches afférentes.*

L'observation de cette opération, que j'ai pratiquée en 1871, a été le point de départ d'une bonne thèse soutenue par un de mes élèves, M. le docteur Onfray-Métairie (thèse de Paris, 1872).

21. *Du traitement des tumeurs épithéliales de l'utérus par l'emploie de l'anse galvano-caustique.*

(Mémoire avec figures intercalées dans le texte, *Archives de gynécologie*, 1874.)

Dans ce travail, je n'ai pas eu pour but de présenter *un nouveau moyen de cure radicale* de l'épithéliome du col utérin, mais d'insister sur l'utilité du *mode opératoire* (*emploi de l'anse galvano-caustique*) qui me paraît le plus propre à permettre de *circonscrire le mal en entier*, lorsqu'il en est temps encore, et à *diminuer instantanément son volume*, lorsque déjà son étendue nous enlève l'espoir de pouvoir le détruire complétement.

22. *Mémoire sur quelques cas de névromes.*

En collaboration avec le docteur Legros.

(Extrait du *Journal de l'anatomie et de la physiologie*, de M. Ch. Robin, numéros de mars 1870, avec une planche et 9 gravures).

23. *Chloroforme et morphine.*

En collaboration avec le docteur Goujon.

(In *Comptes rendus de l'Academie des sciences*, février 1872.)

Cette note se terminait par les conclusions suivantes :

« 1° On peut obtenir chez l'homme, comme l'a montré M. Claude

Bernard pour les animaux, l'anesthésie bien plus rapidement en combinant l'action du chloroforme et de la morphine.

» 2° Cette anesthésie est de plus longue durée et peut se prolonger très-longtemps avec de faibles doses de chloroforme, et, par ce fait, les risques d'accidents mortels peuvent se trouver considérablement diminués.

» Nous croyons également que l'on pourrait sans inconvénient élever un peu la dose du chlorhydrate de morphine dans l'injection préalable, et qu'il y aurait peut-être avantage à pratiquer l'injection un peu plus longtemps avant l'opération que nous ne l'avons fait. Nous avons cru remarquer que tout n'était pas absorbé au point où avait été pratiquée l'injection au moment de l'opération. »

24. *Chloral.* — *Injection de chloral dans le sang.*

En collaboration avec le docteur Goujon.

(Note lue à l'Académie de médecine, 1872.)

Les résultats des expériences exposées dans ce travail ont depuis lors été reproduites dans tous les travaux publiés sur cette matière, notamment dans les publications de M. Oré (de Bordeaux), de M. le professeur Vulpian (*leçons de pathologie expérimentale*), et, récemment, dans le livre publié sur le *Traitement des maladies du cœur* par le professeur Germain Sée.

25. *Chloral.* — *Injection de chloral dans le tétanos.*

(In *Comptes rendus de la Société de chirurgie*, et *Union medicale*, 1874.)

26. *Épanchements traumatiques de sang dans les articulations. Traitement par la ponction aspiratrice, et, dans les cas d'épanchements très-anciens, par l'ouverture avec la lancette.*

Continuant la pratique de Jarjavay sur ce point de chirurgie, j'ai, dès 1866, obtenu des succès qui se sont multipliés sans interruption, depuis cette époque.

Un de mes anciens élèves a soutenu sa thèse sur ce sujet en 1873 : Eugène Troncin (thèse de 1873) : *Des épanchements sanguins de l'articulation du genou; leurs divers traitements.*

Je suis actuellement chargé par M. le docteur Petitfils, de Vierzon de présenter, à la Société de chirurgie, un travail sur ce sujet. Dans quatre cas où il a pratiqué la ponction aspiratrice pour de vastes épanchements sanguins du genou, il a obtenu un succès complet.

Enfin, un de mes meilleurs internes vient de composer, sous forme de mémoire pour le concours de la médaille d'or, un travail important sur ce sujet.

27. *Fracture transversale de la rotule, déchirure de la peau, ouverture complète de l'articulation. Traitement par la fermeture immédiate de la plaie à l'aide de la baudruche collodionnée, et par l'immobilisation absolue du membre à l'aide de la gouttière plâtrée. Guérison et rétablissement des mouvements de l'articulation.*

Cette importante observation a été communiquée à la *Société médicale de l'Elysée* en 1877.

28. *Fracture spontanée de l'humérus. Hydatides de la tête de l'humérus. Sortie de poches hydatiques en grande abondance à plusieurs reprises. Suppuration ayant duré près de deux années. Guérison.*

Cette observation, très-intéressante au point de vue de l'histoire des hydatides des os, a été publiée en 1875 dans la *Lancette* anglaise.

29. *Énorme polype fibro-muqueux du pharynx. Opération par la voie palatine. Guérison.*

Avec gravure sur bois.

(In *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (1re année.) Publiées par MM. Ladreit de Lacharrière et Khrishaber.)

30. *Note sur un cas intéressant de tumeur du sein.*

Tumeur adénoïde ulcérée à une époque fort éloignée de son début, au bout de trente ans. Adénome ulcéré.

(*Union médicale*, p. 827, 1865.)

31. *Article* Astragale.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, t. VII, p. 3. Article didactique dans lequel sont consignés tous les faits nouveaux relatifs à l'histoire des luxations de l'astragale.

32. *Rapports à la Société de chirurgie.*

1° Rapport sur les *recherches* de M. le docteur Oré, de Bordeaux, *relatives à la transfusion du sang.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865, p. 544.)

2° Rapport sur un travail de M. le docteur Labat, de Bordeaux, intitulé : *De la résorption purulente et des moyens de l'éviter, spécialement dans les amputations.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866, p. 499.)

3° Rapport sur un mémoire de M. le docteur Marc Sée, intitulé : *De l'imbibition et de son rôle en pathologie.*

(*Bulletin de la Société de chirurgie*, 1866, p. 504.)

33. *Diverses communications faites à la Société de chirurgie.*

Sur une luxation irréductible du pouce. (*Bulletin*, 1864.)

Sur une ankylose incomplète de la mâchoire inférieure. (*Bulletin*, 1865.)

Sur un cas d'anévrysme faux consécutif du pli du coude. (*Bulletin*, 1865.)

Sur une tumeur fibro-cartilagineuse adhérente à l'omoplate. Ablation. Érysipèle bronzé, à début très-rapide, dix heures après l'opération. Mort le quatrième jour. Examen anatomique de la tumeur. (*Bulletin*, 1865.)

34. *Diverses communications faites à la Société anatomique.*

Sur un cas de tuberculisation des organes génito-urinaires.

Sur un enchondrome de la parotide.

Rapport sur un cas de *kystes hydatiques multiples de l'abdomen*, présenté par M. Royet.

35. *Divers articles de bibliographie :* in *Gazette médicale*, *Gazette hebdomadaire*, *Union médicale.*

36. *Publication dans la Gazette des hôpitaux*, *le Moniteur des hôpitaux*, *le Progrès médical*, d'observations recueillies dans les services de Jobert de Lamballe et de M. Gosselin.

Parmi ces observations, deux méritent une attention particulière ;

elles ont été recueillies dans le service de M. le professeur Gosselin en 1858.

Elles sont intitulées : 1° *Observation d'anévrysme poplité*, traité par la compression d'abord incomplète avec les appareils, puis totale avec les doigts; abcès consécutif du sac. Guérison.

(*Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 145.)

2° *Observation de rupture traumatique de l'urèthre avec écartement considérable des deux bouts ;* rétention d'urine, recherches infructueuses du bout postérieur du canal pendant quarante jours ; sondes à demeure ; abcès du testicule droit ; restauration du conduit.

(*Gazette des hôpitaux*, 1859, p. 193.)

37. *Des indications de la création d'un anus contre nature, dans les cas de cancer du rectum.*

(Lecture faite à l'Académie de médecine dans la séance du 26 novembre 1878.)

PARIS. — IMPRIMERIE E. MARTINET, RUE MIGNON, 2